

**PENGARUH FAKTOR SOSIAL EKONOMI DAN BUDAYA TERHADAP
PERILAKU PERSALINAN DI PERDESAAN DAERAH
ANGKA KEMATIAN IBU RENDAH DAN TINGGI**

*The Influence of Social Economic and Cultural Factors on Childbirth Behavior
in Rural Area with High and Low Maternal Mortality Ratio*

Yekti Widodo¹, Siti Amanah², Nurmala K Pandjaitan², Djoko Susanto²

¹ Peneliti Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat, Balitbangkes, Kemenkes.

² Staf Pengajar Dept. Sain Komunikasi dan Pengembangan Masyarakat, FEMA, IPB

Naskah masuk 12 Mei 2017; review 15 Juni 2017; disetujui terbit 28 Juni 2017

Abstract

Background: Maternal complications are the risk of maternal death. Unsafe childbirth behavior is still a major challenge in Indonesia that is influenced by social, economic and cultural factors.

Objective: The study aimed to identify socio-economic and cultural influences on the behavior of childbirth in rural areas with low and high maternal mortality

Method: Cross-sectional study was conducted in rural areas with low and high maternal mortality. The sample of the study were nursing mothers. The sample size of each research area is 120, bringing the total to 240 samples. Data were collected through interviews using questionnaires and interview guidelines. Data analysis was done descriptively and analytically with multiple regression test.

Results: In the low maternal mortality areas, almost all (99.2%) of the samples performed safe deliveries. Safe delivery was influenced by the equality of the mother's social status with her husband, social support for healthy behaviors, and high maternal social value for the family. In the high maternal mortality areas, the majority (66.6%) of the samples performed unsafe childbirth. Unsafe childbirth behavior was influenced by strong social support to unhealthy behavior and low husband's financial support.

Conclusion: Safe childbirth behavior in low maternal mortality area was influenced by mother's social status, social support to healthy behavior, and mother's social value. Unsafe childbirth behavior in high maternal mortality areas was influenced by social support for unhealthy behaviors and financial support.

Keywords: socioeconomic culture, childbirth behavior, maternal mortality

Abstrak

Latar belakang: Komplikasi maternal merupakan risiko terjadinya kematian ibu. Perilaku persalinan tidak aman masih merupakan tantangan besar di Indonesia yang dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi dan budaya.

Tujuan: Penelitian bertujuan mengidentifikasi pengaruh sosial ekonomi dan budaya terhadap perilaku persalinan di perdesaan daerah angka kematian ibu rendah dan tinggi.

Metode: Penelitian potong lintang dilakukan di perdesaan daerah angka kematian ibu rendah dan tinggi. Sampel penelitian adalah ibu menyusui. Jumlah sampel masing-masing daerah penelitian 120, sehingga totalnya 240 sampel. Data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner dan pedoman wawancara. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan analitik dengan uji regresi ganda.

Hasil: Pada daerah angka kematian ibu rendah, hampir seluruh (99,2%) sampel melakukan persalinan aman. Perilaku persalinan aman dipengaruhi oleh kesetaraan status sosial ibu dengan suami, dukungan sosial kepada perilaku sehat, dan nilai sosial ibu yang tinggi bagi keluarga. Pada daerah angka kematian ibu tinggi sebagian besar (66,6%) sampel melakukan persalinan tidak aman. Perilaku persalinan tidak aman dipengaruhi oleh kuatnya dukungan sosial kepada perilaku kurang sehat dan rendahnya dukungan finansial suami.

Kesimpulan: Perilaku persalinan aman di daerah angka kematian ibu rendah dipengaruhi status sosial ibu, dukungan sosial kepada perilaku sehat, dan nilai sosial ibu. Perilaku persalinan tidak aman di daerah angka kematian ibu tinggi dipengaruhi dukungan sosial kepada perilaku kurang sehat dan dukungan finansial.

Kata kunci: sosial ekonomi budaya, perilaku persalinan, kematian ibu

PENDAHULUAN

Hasil estimasi Angka Kematian Ibu (AKI), atau disebut juga *Maternal Mortality Ratio* (MMR) negara-negara di dunia menyatakan bahwa terdapat 8800 kematian ibu di Indonesia. Laporan ini juga mencantumkan bahwa Indonesia merupakan negara dengan AKI yang termasuk tinggi di Asia Tenggara.¹ AKI di Indonesia berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan tingkat kematian yang lebih tinggi dibandingkan hasil SDKI 2007^{2,3} Tingkat kematian ibu di Indonesia juga bervariasi antar daerah.⁴ Kesenjangan kasus kematian ibu antar daerah di Indonesia juga lebar, seperti halnya di Kabupaten Bantul dan Kabupaten Pandeglang. Kasus kematian ibu di Kabupaten Bantul pada tahun 2014 adalah 14 kasus⁵, sedangkan kasus kematian ibu di Kabupaten Pandeglang pada tahun 2014 adalah 47 kasus.⁶ Upaya mencegah kematian ibu dan menurunkan AKI dilakukan melalui pelayanan antenatal terpadu yang berkualitas, persalinan yang ditolong oleh petugas kesehatan terampil, pemberian bantuan jaminan biaya persalinan, dan penyuluhan kesehatan untuk perubahan perilaku dan pemberdayaan masyarakat.⁷ Fakta menunjukkan bahwa lebih dari 80 persen kematian ibu di Indonesia terjadi di fasilitas kesehatan dan merupakan kasus rujukan.^{8,9,10}

Kondisi tersebut menunjukkan tingginya perilaku persalinan tidak aman, yaitu persalinan di rumah dan ditolong oleh dukun. Perilaku persalinan di Indonesia 36 persen dilakukan di rumah dan 13,5 persen ditolong oleh dukun. Perilaku persalinan di perdesaan 52,4 persen dilakukan di rumah dan 20,5 persen ditolong oleh dukun, sedangkan di perkotaan 19,3 persen persalinan dilakukan

di rumah dan 6,7 persen ditolong oleh dukun.² Perilaku persalinan di Kabupaten Bantul, 98,9 persen dilakukan di fasilitas kesehatan dan 100 persen ditolong oleh petugas kesehatan,¹¹ sedangkan di Kabupaten Pandeglang 68,7 persen dilakukan di rumah dan 40,6 persen ditolong oleh dukun.¹²

Penyediaan fasilitas kesehatan yang memadai dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ternyata belum cukup untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu. Pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 terdapat indikator persentase persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.¹³ Kebijakan Kementerian Kesehatan sebelumnya menggunakan indikator cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Kondisi persalinan merupakan proses yang sulit diprediksi dan perdarahan masih merupakan satu dari tiga penyebab kematian utama di Indonesia, yang memerlukan penanganan yang cepat dan fasilitas yang memadai sehingga apabila mengalami kondisi kegawatdaruratan maternal dapat segera mendapat pelayanan dibandingkan bila melahirkan di rumah. Hasil studi *follow-up* data SP 2010 tersebut juga melaporkan bahwa sebagian besar kematian ibu terjadi pada masa nifas tidak lama setelah bersalin.⁴ Pendekatan yang mengutamakan pelayanan medis, menjadi tidak berarti ketika ibu bersalin tidak berdaya memanfaatkan pelayanan kesehatan, karena faktor ekonomi, budaya dan persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan.^{14,15} Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu hamil dipengaruhi otonomi perempuan dan partisipasi perempuan dalam mengambil keputusan.^{16,17,18}

* Corresponding author

(Email: fat_han_an@yahoo.co.id)

^a Contributed equally in writing manuscript

Sebagian besar keputusan tentang kesehatan reproduksi perempuan ditentukan oleh suami.¹⁹ Kurangnya dukungan sosial merupakan faktor risiko penting bagi perilaku ibu hamil dan berdampak buruk terhadap proses persalinan dan bayi yang dilahirkan.²⁰ Dukungan masyarakat terhadap sistem rujukan kesehatan dapat membantu menurunkan morbiditas dan kematian ibu.²¹ Fakta tersebut menunjukkan bahwa perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dipengaruhi faktor sosial ekonomi dan budaya. Teori perilaku kesehatan Model Lingkungan Psikososial menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh aksesibilitas informasi, dukungan sosial, otonomi personal, dan kondisi yang memungkinkan untuk bertindak.²² Upaya meningkatkan cakupan persalinan yang aman telah banyak dilakukan melalui penyediaan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, bantuan jaminan biaya persalinan, dan penyuluhan kesehatan kepada ibu hamil. Faktanya, perilaku persalinan tidak aman di perdesaan dan kesenjangan antar daerah masih tinggi. Perilaku persalinan yang aman, yaitu persalinan di fasilitas kesehatan yang memadai, merupakan salah satu kunci sukses dalam upaya mencegah kematian ibu.²³ Oleh karena itu, dilakukan penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor sosial ekonomi dan budaya yang mempengaruhi perilaku persalinan di perdesaan pada daerah angka kematian ibu tinggi dan rendah. Informasi yang ditemukan dapat digunakan untuk menyusun rencana penyuluhan kesehatan ibu hamil, guna meningkatkan persalinan yang aman di fasilitas kesehatan sehingga dapat membantu mencegah kematian ibu.

METODE

Desain penelitian adalah potong lintang. Penelitian dilakukan di perdesaan daerah AKI rendah dan tinggi. Daerah penelitian adalah Kabupaten Bantul, Provinsi Daerah

Istimewa Yogyakarta, mewakili daerah AKI rendah, dan Kabupaten Pandeglang, Provinsi Banten mewakili daerah AKI tinggi di Pulau Jawa. Pada masing-masing kabupaten dipilih empat wilayah Puskesmas dengan cakupan persalinan ditolong petugas kesehatan tinggi dan tidak ada kasus kematian ibu, dan empat wilayah Puskesmas dengan cakupan persalinan ditolong petugas kesehatan rendah dan jumlah kasus kematian ibu tinggi. Pada masing-masing wilayah Puskesmas, dipilih dua desa mewakili desa dengan cakupan program kesehatan ibu tinggi dan rendah, sehingga jumlah desa yang tercakup pada penelitian ini adalah 32 desa.

Fokus penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor sosial ekonomi dan budaya yang mempengaruhi perilaku persalinan, di daerah AKI rendah dan tinggi. Data dan indikator variabel penelitian dengan fokus tersebut dapat diperoleh secara lengkap dari sampel ibu yang sudah melahirkan atau ibu menyusui, untuk merepresentasi perilaku persalinan. Populasi penelitian adalah semua ibu menyusui bayi 0-11 bulan di desa terpilih. Sampel penelitian adalah semua ibu menyusui bayi 0-11 bulan yang memenuhi kriteria inklusi sebagai sampel. Pengambilan sampel dilakukan secara acak terstratifikasi (*stratified random sampling*) berdasarkan daftar nama ibu menyusui bayi 0-11 bulan, memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi sampel adalah ibu menyusui bayi 0-11 bulan dan telah tinggal di desa tersebut minimal selama enam bulan. Kriteria eksklusi sampel adalah keluarga menolak atau ibu menyusui bayi 0-11 bulan dalam keadaan sakit.

Jumlah responden dihitung berdasarkan rumus Slovin.²⁴ Dasar asumsi untuk menghitung sampel adalah perkiraan jumlah populasi keluarga ibu menyusui bayi 0-11 bulan di setiap desa sekitar tujuh keluarga dan batas toleransi tingkat kesalahan lima persen. Berdasarkan rumus dan asumsi tersebut diperoleh jumlah sampel di setiap desa adalah tujuh sampel. Jumlah sampel dari

masing-masing kabupaten adalah 112 dan dibulatkan menjadi 120, sehingga total sampel di kedua daerah penelitian adalah 240 sampel.

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku persalinan ibu menyusui. Variabel perilaku persalinan diukur dengan metode skoring, yaitu skor tempat persalinan, skor penolong persalinan, dan skor jaminan biaya persalinan. Variabel bebas yaitu sosial ekonomi dan budaya yang meliputi: 1) tingkat pendidikan; 2) tingkat pendapatan perkapita; 3) dukungan suami terdiri dari dukungan finansial, dan emosional; 4) dukungan lingkungan sosial kepada perilaku persalinan aman (persalinan di fasilitas kesehatan) dan perilaku persalinan tidak aman (persalinan di rumah); 5) persepsi terhadap status istri dalam keluarga dan masyarakat; 6) diskriminasi terhadap perempuan dalam keluarga, 7) otoritas pengambilan keputusan dalam keluarga, dan 8) nilai ibu bagi keluarga dari aspek psikologis, ekonomi, dan sosial. Indikator variabel dukungan suami, dukungan lingkungan sosial, status istri dalam keluarga dan masyarakat, diskriminasi terhadap perempuan, otoritas pengambilan keputusan dalam keluarga, dan nilai ibu diukur menggunakan skor dengan skala 1 sampai 5.

Data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner, wawancara mendalam dan pengamatan. Wawancara mendalam dilakukan untuk memperoleh informasi tentang alasan informan tidak melakukan persalinan di fasilitas kesehatan dan persepsi informan terhadap persalinan di fasilitas kesehatan.

Analisis data dilakukan secara deskriptif dan analitik menggunakan uji statistik regresi ganda. Analisis regresi ganda dilakukan untuk mengukur pengaruh variabel sosial ekonomi dan budaya terhadap perilaku ibu menyusui dalam melakukan persalinan yang aman. Analisis data bukan ditujukan untuk membandingkan kondisi antar daerah karena kedua daerah dipilih secara purposif, sehingga generalisasi hasil penelitian cenderung terbatas pada daerah dengan kondisi yang serupa. Data hasil analisis disajikan menurut daerah penelitian yaitu daerah AKI rendah (Kabupaten Bantul) dan daerah AKI tinggi (Kabupaten Pandeglang) tanpa melakukan uji beda karena daerah penelitian yang dipilih adalah daerah yang memiliki kesenjangan perilaku persalinan aman dan angka kematian ibu yang rendah dan tinggi.

HASIL

Karakteristik Sampel

Umur sampel dikategorikan menjadi tiga kelompok yaitu: <18 tahun, 18-35 tahun, dan >35 tahun. Umur sampel terlalu muda (<18 tahun) atau terlalu tua (>35 tahun) merupakan salah satu faktor risiko terjadinya komplikasi pada ibu bersalin. Umur termuda sampel di daerah AKI rendah adalah 17 tahun dan tertua 44 tahun, sedangkan umur termuda sampel di daerah AKI tinggi adalah 15 tahun dan tertua 46 tahun. Karakteristik sampel penelitian secara rinci disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik sampel menurut kondisi dan daerah penelitian

Karakteristik sampel	Daerah AKI rendah		Daerah AKI tinggi	
	N	%	N	%
Kelompok umur sampel				
< 18 tahun	2	1,7	3	2,5
18 - 35 tahun	91	75,8	101	84,2
> 35 tahun	27	22,5	16	13,3
Tingkat pendidikan sampel				
Tamat SD	12	10,0	57	47,5
Tamat SMP	24	20,0	43	35,8
Tamat SMA	59	49,2	13	10,8
Tamat PT	25	20,8	7	5,8
Tingkat pendapatan keluarga sampel				
Kuintil 1	9	7,5	43	35,8
Kuintil 2	25	20,8	32	26,7
Kuintil 3	28	23,3	19	15,8
Kuintil 4	26	21,7	17	14,2
Kuintil 5	32	26,7	9	7,5

Sebagian besar sampel di daerah AKI rendah mempunyai tingkat pendidikan SMA ke atas, sedangkan sampel di daerah AKI tinggi mempunyai tingkat pendidikan SMP ke bawah. Tingkat pendapatan perkapita sebagian besar keluarga sampel di daerah AKI rendah adalah kuintil 3 ke atas, sedangkan di daerah AKI tinggi pada kuintil 3 ke bawah. Artinya sebagian besar keluarga sampel di daerah AKI rendah termasuk kelompok dengan tingkat pendapatan perkapita menengah ke atas, sedangkan di daerah AKI tinggi termasuk kelompok menengah ke bawah. Berdasarkan tingkat pendidikan dan pendapatan perkapita, sampel di daerah AKI rendah mempunyai kondisi sosial ekonomi relatif lebih baik daripada di daerah AKI tinggi.

Perilaku Persalinan di Daerah AKI Rendah dan Tinggi

Perilaku persalinan yang aman adalah melakukan persalinan di fasilitas kesehatan

yang memadai sesuai dengan faktor risiko ibu hamil serta didukung dengan jaminan biaya yang mencukupi. Fakta menunjukkan bahwa di daerah dengan AKI tinggi masih banyak ibu hamil melakukan persalinan di rumah dan ditolong oleh dukun atau paraji. Alasan tidak melakukan persalinan di fasilitas kesehatan dan ditolong oleh petugas kesehatan karena biaya mahal, cukup rasional bagi keluarga ibu hamil dengan jaminan biaya persalinan dari dana pribadi. Faktanya masih ada ibu hamil yang mempunyai jaminan biaya persalinan gratis tidak melakukan persalinan di fasilitas kesehatan.

Secara garis besar jaminan biaya persalinan dikategorikan menjadi tiga, yaitu jaminan biaya pribadi, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan-Penerima Bantuan Iuran (BPJS-PBI), dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan-Bukan Penerima Bantuan Iuran (BPJS-BPBI). Proporsi sampel menurut perilaku persalinan dan jaminan biaya persalinan disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Proporsi sampel menurut perilaku persalinan, jaminan biaya persalinan, dan daerah penelitian

Tempat dan penolong persalinan	Jaminan biaya persalinan sampel					
	Daerah AKI rendah			Daerah AKI tinggi		
	Pribadi (n=31)	BPJS- PBI (n=69)	BPJS- BPBI (n=20)	Pribadi (n=54)	BPJS- PBI (n=62)	BPJS- BPBI (n=4)
Rumah ditolong dukun/paraji	0,0	0,0	0,0	8,3	15,0	1,7
Rumah ditolong bidan	0,8	0,0	0,0	28,4	13,4	0,0
Puskesmas/klinik ditolong bidan	9,2	20,0	5,0	8,3	20,8	0,8
Rumah sakit ditolong bidan	3,3	9,2	0,0	0,0	0,8	0,8
Rumah sakit ditolong dokter	12,5	28,3	11,7	0,0	1,7	0,0

Perilaku persalinan di daerah AKI rendah menunjukkan bahwa 99,2 persen sampel melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. Tabel 2 secara tersirat menunjukkan bahwa di daerah AKI rendah, total proporsi sampel yang melahirkan di rumah sakit mencapai 65,0 persen, dengan rincian 12,5 persen ditolong oleh bidan dan 52,5 persen ditolong oleh dokter kandungan. Proporsi persalinan di rumah sakit yang tinggi, terjadi karena ada rujukan dari Puskesmas atau klinik bidan ke rumah sakit, khususnya para pasien BPJS-PBI dan BPJS-BPBI. Proporsi persalinan yang dirujuk ke rumah sakit sebagai pasien BPJS-PBI adalah 35,0 persen dan 10,8 pasien BPJS-BPBI. Hanya ada satu sampel yang melahirkan di rumah, karena tinggal bersebelahan dengan klinik bidan praktik swasta, sehingga bidan yang datang ke rumah sampel. Pada daerah AKI rendah semua sampel pemilik jaminan biaya persalinan melahirkan di fasilitas kesehatan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil di daerah AKI rendah telah melakukan persalinan aman.

Kondisi perilaku ibu bersalin yang sebaliknya dijumpai pada sampel di daerah AKI tinggi. Sebagian besar sampel (66,6%) masih melakukan persalinan tidak aman, yaitu melakukan persalinan di rumah dan ditolong dukun atau bidan. Proporsi sampel yang melakukan persalinan di Puskesmas hanya 30,0 persen dan yang bersalin di rumah sakit

3,4 persen. Fakta menunjukkan bahwa perilaku persalinan tidak aman masih banyak dilakukan ibu bersalin di daerah AKI tinggi, meskipun memiliki jaminan biaya persalinan gratis. Sampel dengan jaminan dana pribadi tidak ada yang melakukan persalinan di rumah sakit. Sampel yang bersalin di rumah sakit adalah yang mempunyai jaminan biaya dari BPJS-PBI dan merupakan kasus rujukan.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa alasan ibu hamil di daerah angka kematian ibu tinggi, melahirkan di rumah dan ditolong dukun atau bidan meskipun memiliki jaminan biaya persalinan dari BPJS-PBI atau BPJS-BPBI adalah agar tidak repot mengurus keluarga, kesulitan biaya transportasi dan biaya lain selama di fasilitas kesehatan, masih banyak tetangga melahirkan di rumah, takut tidak dilayani dengan baik, takut disuruh membayar, tidak sempat dibawa ke fasilitas kesehatan, dan tidak memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP). Bahkan keluarga ibu hamil di daerah AKI tinggi ada yang mempunyai persepsi sebagai berikut:

“Kalau masih bisa melahirkan di rumah mengapa harus ke Puskesmas”,

“Kalau masih bisa melahirkan ditolong dukun mengapa harus memanggil bidan”,
dan

“Di sini masih banyak yang melahirkan di rumah dan ditolong dukun/paraji tetap lancar dan selamat”.

Pengaruh sosial ekonomi dan budaya terhadap perilaku persalinan

Variabel sosial dan budaya yang diduga dapat mempengaruhi perilaku persalinan meliputi dukungan suami, dukungan

lingkungan sosial, status istri dalam keluarga, diskriminasi terhadap perempuan, otoritas pengambilan keputusan kesehatan reproduksi, dan nilai ibu bagi keluarga dari aspek psikologis, ekonomi, dan sosial. Hasil analisis pengaruh faktor sosial ekonomi dan budaya terhadap perilaku persalinan di daerah AKI rendah dan tinggi disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Pengaruh faktor sosial ekonomi dan budaya terhadap perilaku persalinan yang aman

Perilaku persalinan (Y)	Faktor yang mempengaruhi perilaku persalinan (X)	Koefisien regresi (B)	Nilai R dan R ²
Perilaku persalinan aman di daerah dengan AKI rendah	Konstanta	0,829	R = 0,518
	Status sosial istri/ibu dalam keluarga	0,250	R ² = 0,250
	Dukungan sosial kepada perilaku persalinan aman	0,297	
	Nilai sosial ibu bagi keluarga	0,368	
Perilaku persalinan tidak aman di daerah AKI tinggi	Konstanta	9,988	R = 0,553
	Dukungan sosial kepada perilaku persalinan tidak aman	0,466	R ² = 0,294
	Dukungan finansial dari suami	-0,274	

Perilaku persalinan aman di daerah AKI rendah dipengaruhi oleh status sosial istri/ibu dalam keluarga yang setara dengan suami, kuatnya dukungan lingkungan sosial kepada perilaku persalinan aman, dan nilai sosial ibu yang tinggi bagi keluarga, dengan nilai $R = 0,518$ dan $R^2 = 0,250$. Kesetaraan status sosial ibu/istri dalam keluarga ditunjukkan oleh kedudukan dan fungsi istri/ibu yang setara dengan suami, sehingga istri diberi otoritas yang setara bahkan lebih dominan dalam menentukan tempat dan penolong persalinan dan keselamatan istri ketika melahirkan harus diprioritaskan. Dukungan sosial yang kuat ditunjukkan oleh banyaknya tetangga, kader, pamong desa, dan petugas kesehatan yang menyarankan agar melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, memfasilitasi dalam mengurus jaminan biaya persalinan, serta banyak saudara dan tetangga yang siap membantu mengurus anggota keluarga ketika ditinggal bersalin di fasilitas kesehatan. Nilai sosial ibu yang tinggi ditunjukkan oleh nilai ibu dalam hal meneruskan garis keturunan, membantu

melakukan tugas sosial di masyarakat, menjaga nama baik suami dan keluarga, memberikan kesempatan suami melakukan hobinya, dan memberikan kesempatan suami bertemu dengan temannya. Nilai $R = 0,518$ menunjukkan bahwa kekuatan korelasi faktor status sosial ibu dalam keluarga, dukungan sosial kepada perilaku persalinan aman, dan nilai sosial ibu dengan perilaku persalinan aman di daerah AKI rendah termasuk kategori sedang. Nilai $R^2 = 0,250$ menunjukkan bahwa kontribusi pengaruh faktor-faktor tersebut terhadap perilaku persalinan aman di daerah AKI rendah, hanya 25,0 persen dan termasuk kategori rendah.

Perilaku persalinan tidak aman di daerah AKI tinggi dipengaruhi oleh masih kuatnya dukungan lingkungan sosial terhadap perilaku persalinan tidak aman dan dukungan finansial dari suami yang kurang memadai dengan nilai $R = 0,553$ dan $R^2 = 0,294$. Dukungan sosial terhadap perilaku persalinan tidak aman ditunjukkan oleh masih banyak keluarga ibu bersalin merasa bersyukur jika

bisa melahirkan di rumah dan ditolong oleh dukun, di sekitar lingkungan tempat tinggal masih banyak ibu bersalin di rumah ditolong dukun lancar dan selamat, dan di sekitar tempat tinggal sampel masih banyak tetangga ibu bersalin yang tidak mempersiapkan uang persalinan yang memadai. Dukungan finansial yang kurang memadai ditunjukkan oleh tingginya ibu hamil yang tidak mempersiapkan biaya yang cukup untuk bersalin di fasilitas kesehatan. Nilai $R = 0,553$ menunjukkan bahwa kekuatan korelasi faktor dukungan sosial terhadap perilaku persalinan tidak aman dan dukungan finansial suami yang kurang memadai dengan perilaku persalinan tidak aman di daerah AKI tinggi termasuk kategori sedang. Nilai $R^2 = 0,294$ menunjukkan bahwa kontribusi pengaruh kedua faktor tersebut terhadap perilaku persalinan tidak aman di daerah AKI tinggi, sebesar 29,4 persen dan termasuk kategori rendah.

PEMBAHASAN

Perilaku persalinan dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik langsung maupun tidak langsung. Selain faktor sosial ekonomi dan budaya, perilaku persalinan juga dipengaruhi oleh dukungan kebijakan, serta ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai dan mudah diakses. Fokus analisis artikel ini adalah pengaruh faktor sosial ekonomi dan budaya terhadap perilaku persalinan di daerah AKI rendah dan tinggi. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) belum tentu dapat mengubah perilaku ibu hamil untuk bersalin di fasilitas kesehatan dan ditolong petugas kesehatan, karena alasan utama ibu hamil tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah mahal dan berkualitas rendah.²⁵

Fakta penelitian menunjukkan bahwa di daerah AKI tinggi masih banyak ibu hamil yang memiliki jaminan biaya persalinan dari

BPJS-PBI bahkan jaminan BPJS-BPBI, namun melakukan persalinan di rumah dan ditolong dukun. Hal tersebut membuktikan bahwa alasan biaya mahal bukan satu-satunya alasan tidak melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. Khusus di daerah AKI tinggi, masih banyak ibu hamil yang melakukan tindakan coba-coba (*trial and error*) yaitu melakukan persalinan di rumah dan ditolong dukun, dan jika terjadi masalah, baru memanggil bidan, jika bidan tidak mampu mengatasi, baru dibawa ke fasilitas kesehatan atau dirujuk ke rumah sakit. Ada harapan dari ibu hamil dan keluarga agar jangan sampai melahirkan di rumah sakit, karena melakukan persalinan di fasilitas kesehatan atau rumah sakit dipersepsikan bahwa ibu bersalin dalam kondisi berbahaya.

Fakta tersebut menunjukkan bahwa akar masalah ibu hamil tidak melakukan persalinan yang aman adalah kurang dukungan keluarga, kurang dukungan lingkungan sosial, kekhawatiran adanya diskriminasi dalam pelayanan, ketidakpastian biaya pelayanan, dan persyaratan dokumen untuk kelengkapan administrasi. Akar masalah tersebut tidak mungkin dapat diatasi hanya dengan penyediaan fasilitas kesehatan, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, pemberian bantuan biaya persalinan, serta penyuluhan yang didominasi oleh topik yang bersifat medis. Upaya yang paling efisien untuk mengatasi masalah tersebut adalah pelayanan penyuluhan untuk meningkatkan dukungan keluarga dan dukungan lingkungan sosial, memberikan jaminan kesetaraan kualitas pelayanan dan kepastian biaya pelayanan, serta memfasilitasi kelengkapan administrasi.

Faktor yang mempengaruhi perilaku persalinan aman di daerah AKI rendah dan AKI tinggi berbeda. Semua persalinan sampel di daerah AKI rendah ditolong petugas kesehatan, karena sejak tahun 2004, dukun tidak boleh menolong persalinan. Hasil penelitian membuktikan bahwa

perilaku persalinan aman memerlukan dukungan lingkungan sosial kepada perilaku sehat serta mengurangi dukungan lingkungan sosial kepada perilaku kurang sehat. Upaya mengubah perilaku akan lebih efektif jika dilakukan dengan meningkatkan kondisi pendukung perilaku positif dan mengurangi pendukung perilaku negatif.²⁶ Salah satu kunci sukses melakukan perubahan perilaku dan pemberdayaan adalah melakukan perubahan dengan menghimpun sumber dukungan dari lingkungan sosial.²⁷ Dukungan politik juga menentukan pelaksanaan di lapangan, sebagaimana pada daerah AKI rendah terdapat peraturan yang melarang dukun untuk membantu persalinan. Hal ini juga terlihat bahwa cakupan persalinan di fasilitas kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta termasuk tertinggi di Indonesia.¹¹

Status perempuan dalam keluarga berpengaruh nyata terhadap perilaku persalinan yang aman. Hasil penelitian sebelumnya menyatakan bahwa status sosial perempuan yang rendah, ketidaksetaraan gender, dan tingkat keberdayaan perempuan yang rendah berdampak terhadap status kesehatan perempuan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu;²⁸ dan tindakan tanpa diskriminasi berdampak positif terhadap peningkatan kesehatan perempuan baik mental maupun fisik.²⁹ Tindakan diskriminatif terhadap perempuan dalam keluarga berpengaruh nyata terhadap perilaku persalinan aman. Mekanisme pengaruh diskriminasi adalah timbul stres secara psikologis dan fisiologis. Stres yang kronis atau yang berat dapat memicu terjadinya perilaku tidak sehat atau tidak mau melakukan perilaku sehat, termasuk perilaku persalinan tidak aman.^{30,31}

Pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu hamil dipengaruhi oleh persepsi terhadap status perempuan, otonomi perempuan dan partisipasi perempuan dalam mengambil keputusan.¹³ Sistem nilai bahwa istri harus menghargai dan patuh kepada suami bisa mengakibatkan istri tidak berani dan tidak

dapat mengambil keputusan sendiri ketika memerlukan pertolongan kesehatan. Status atau kedudukan perempuan dalam keluarga juga dapat dicerminkan dalam bentuk dukungan suami kepada ibu hamil.³²

Fakta menunjukkan bahwa dukungan finansial suami dan dukungan emosional suami berpengaruh nyata terhadap perilaku persalinan aman. Dukungan suami kepada ibu hamil mempunyai hubungan nyata dengan hasil kehamilan dan persalinan.³³ Dukungan finansial dari suami berhubungan nyata dengan kesehatan mental dan depresi ibu hamil menjelang persalinan.^{34,35} Dukungan emosional suami berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan ibu hamil dan pasca persalinan.³⁶ Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat dinyatakan bahwa dukungan finansial dan emosional suami dapat mengurangi stress dan meningkatkan kesejahteraan ibu hamil. Kondisi tersebut dapat mengurangi risiko terjadinya perilaku tidak sehat atau tidak mau melakukan perilaku sehat.^{30,31} Oleh karena itu, penyuluhan kesehatan ibu hamil harus dapat meningkatkan dukungan suami dan mengurangi dominasi suami dalam mengambil keputusan kesehatan reproduksi. Dimensi pemberdayaan perempuan yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu adalah dukungan suami dan keluarga, serta bebas dari dominasi suami dalam mengambil keputusan di dalam rumah tangga.³⁷ Perhatian terhadap faktor-faktor sosial tersebut sangat berperan dalam upaya penurunan AKI di Indonesia. Budaya di tiap daerah yang spesifik memerlukan pendekatan khusus. Desentralisasi berperan dalam upaya spesifik lokal agar masing-masing daerah berkontribusi terhadap penurunan AKI provinsi dan AKI nasional. Kondisi AKI Indonesia yang masih tinggi di Indonesia memerlukan upaya yang luar biasa dan pendekatan khusus agar percepatan penurunan AKI dapat tercapai.

KESIMPULAN

Pada daerah AKI rendah, hampir seluruh persalinan termasuk perilaku persalinan aman, sedangkan di daerah AKI tinggi sebagai besar persalinan termasuk perilaku persalinan tidak aman. Faktor sosial ekonomi dan budaya memberikan pengaruh nyata terhadap perilaku persalinan di perdesaan daerah AKI rendah dan tinggi. Perilaku persalinan aman di perdesaan daerah AKI rendah dipengaruhi oleh kesetaraan status sosial istri/ibu dengan suami dalam keluarga dan masyarakat, kuatnya dukungan lingkungan sosial kepada perilaku sehat, dan nilai sosial ibu yang tinggi bagi keluarga. Perilaku persalinan tidak aman di perdesaan daerah AKI tinggi, dipengaruhi oleh kuatnya dukungan lingkungan sosial kepada perilaku tidak sehat dan dukungan finansial suami yang kurang memadai.

SARAN

Upaya yang perlu dilakukan untuk membantu mengatasi akar masalah perilaku persalinan tidak aman di perdesaan, yang terkait dengan faktor sosial ekonomi dan budaya adalah: 1) Melakukan penyuluhan kesehatan ibu hamil dengan melibatkan suami untuk meningkatkan dukungan keluarga dan mempersiapkan biaya persalinan; 2) Petugas kesehatan harus melibatkan kader, tokoh masyarakat, pamong desa, tetangga ibu hamil, dan suami ibu hamil agar ikut menyarankan ibu hamil untuk melakukan persalinan di fasilitas kesehatan; 3) Setiap petugas kesehatan harus mampu memberikan jaminan kepastian kesetaraan kualitas pelayanan dan kepastian biaya pelayanan, khususnya kepada keluarga ibu hamil yang mempunyai jaminan biaya persalinan gratis atau BPJS-PBI; 4) Petugas kesehatan, khususnya bidan desa, sebaiknya membantu memfasilitasi keluarga ibu hamil dalam melengkapi persyaratan administrasi untuk pelayanan kesehatan gratis; dan 5)

Melibatkan ibu yang telah melakukan persalinan di fasilitas kesehatan untuk berbagi pengalaman dan mengajak ibu hamil lain agar melakukan persalinan di fasilitas kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada komisi pembimbing, Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan, serta semua anggota tim penelitian, atas semua masukan dan bantuannya.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. UNICEF. The World Bank. UN Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division [Internet]. World Health Organization; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf
2. Badan Pusat Statistik-Statistics Indonesia. National Family Planning Coordinating Board. Ministry of Health. ICF Macro. Indonesia Demographic and Health Survey 2012 [Internet]. Macro Inc. 2013. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf
3. BPS, BKKBN., DepartemenKesehatan., MacroORC. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007. 2008.
4. Afifah T, Tejayanti T, Saptarini I, Rizkianti A, Usman Y, Senewe FP, et al. Maternal Death in Indonesia: Follow-Up Study of The 2010 Indonesia Population Census. J Kesehat Reproduksi [Internet]. 2016;7(1):1–13. Available from: <http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/kespro/article/view/5102>
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. Profil Kesehatan Kabupaten Bantul Data

- Tahun 2014. Bantul; 2015.
6. Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang. Profil Kesehatan Kabupaten Pandeglang tahun 2014. Pandeglang; 2015.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Aksi Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia. In Jakarta: Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
8. Rokhmah D. Kesehatan Ibu: Sebuah Perspektif Gender (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember). 2013;
9. Santy GDI, Hakimi M. Pencegahan Keterlambatan Rujukan Maternal di Kabupaten Majene. *J Manaj Pelayanan Kesehat*. 2008;11(3):122–9.
10. Qomariyah N, Purnami SW, Purnomo S. Pemodelan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Jumlah Kematian Ibu Di Jatim Dengan Pendekatan GWPR (Geographically Weighted Poisson Regression). *J Sains dan Seni ITS*. 2013;2(2):D311–6.
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riskesdas dalam Angka Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2013. Jakarta; 2013.
12. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riskesdas Dalam Angka Provinsi Banten 2013. Jakarta; 2013.
13. Kementerian Kesehatan. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 [Internet]. Jakarta; 2015. Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf>
14. McCarthy J, Maine D. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Stud Fam Plann*. 1992;23(1):23–33.
15. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994;38(8):1091–110.
16. Simkhada B, Teijlingen ER van, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs*. 2008;61(3):244–60.
17. Kamiya Y. Endogenous women's autonomy and the use of reproductive health services: Empirical evidence from Tajikistan. Osaka: Osaka School of International Public Policy, Osaka University; 2010.
18. Wado YD. Women's Autonomy and Reproductive Healthcare-Seeking Behavior in Ethiopia. Maryland; 2013.
19. Rizvi N, Khan KS, Shaikh BT. Gender: shaping personality, lives and health of women in Pakistan. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):53.
20. Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod*. 2006;22(3):869–77.
21. Lassi ZS, Das JK, Salam RA, Bhutta ZA. Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health : interventions and findings. *Reprod Heal Bio Med Cent [Internet]*. 2014;11(Suppl 2):1–19. Available from: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-S2-S2>
22. Kar SB. Psychological Environment: A Health Promotion Model. *Int Q Community Health Educ*. 1984;4(4):311–41.
23. Campbell OMR, Graham WJ, Group LMSS steering. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006;368(9543):1284–99.
24. Nazir M. Metode Penelitian. Cetakan ke. Bogor: Galia Ilmu; 2011.
25. Maine D. Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction. *Lancet*. 2007;370(9595):1380.
26. Pratt C, Bowman S. Principles of effective behavior change: Application to extension family educational programming. *Journal of Extension*. 2008.
27. Grenny J, Patterson K, Maxfield D, McMillan R SA. *Influence: Ilmu Baru dalam Memimpin Perubahan*. Edisi ke-2. Jakarta: Dunamis Publishing; 2013.
28. Shen C, Williamson JB. Maternal mortality, women's status, and economic dependency in less developed countries: a cross-national analysis. *Soc Sci Med*. 1999;49(2):197–214.
29. Wang G. Testing the impact of gender

- equality on reproductive health: An analysis of developing countries. *Soc Sci J*. 2007;44(3):507–24.
30. Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health*. 2003;93(2):200–8.
 31. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2009;135(4):531.
 32. Igberase G. Harmful cultural practices and reproductive health in Nigeria. *Cont J Trop Med*. 2012;6(1):27.
 33. Haobijam J, Sharma U, David S. An exploratory study to assess the Family support and its effect on Outcome of Pregnancy in terms of Maternal and Neonatal health in a selected Hospital, Ludhiana Punjab. *Nurs Midwifery Res J*. 2010;6(4).
 34. Feldman PJ, Dunkel-Schetter C, Sandman CA, Wadhwa PD. Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosom Med*. 2000;62(5):715–25.
 35. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs*. 2012;21(3-4):388–97.
 36. Stapleton LRT, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ, et al. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *J Fam Psychol*. 2012;26(3):453.
 37. Kawaguchi L, Fouad NAM, Chiang C, Elshair IHH, Abdou NM, El Banna SR, et al. Dimensions of Women's Empowerment and Their Influence on the Utilization of Maternal Health Services in an Egyptian Village: A Multivariate Analysis. *Nagoya J Med Sci*. 2014;76(1–2):161.